

Nombre: \_\_\_\_\_  
Fecha de nac.: \_\_\_\_\_

## ANEXO | PERSONAS MAYORES, INIDENTES Y DISCAPACITADAS

Responda este anexo si está solicitando un seguro médico para un individuo a través de programas de cuidados para personas mayores, discapacitadas, invidentes o de cuidados a largo plazo. Responda esto además de la Solicitud de Seguro Médico y Ayuda para Pagar Gastos (IM-1SSL). **Este anexo NO equivale a una solicitud si no incluye el formulario IM-1SSL.**

**PASO 1:** Evalúe atención médica de MO HealthNet para personas mayores, invidentes y discapacitadas para usted o su cónyuge.

Soy/Somos discapacitado/s y recibo/recibimos *beneficios por incapacidad del Seguro Social* o SSI.  Sí  No

Soy/Somos discapacitado/s y **NO** recibo/recibimos *beneficios por incapacidad del Seguro Social NI* SSI.  Sí  No

¿Alguien en su hogar es invidente o padece una deficiencia visual?  No  Sí; ¿quién?: \_\_\_\_\_

Necesito/Necesitamos ayuda para pagar primas o coseguros.  Sí  No

Tengo/Tenemos un cuidador, tutor, poder notarial u otra persona que me/nos representa.  Sí  No

Si respondió 'Sí', proporcione comprobantes o llene el Apéndice C.

Acepto/Aceptamos solicitar otros beneficios disponibles para mí/nosotros (RSDI, SSI, VA, etc.).  Sí  No

¿Usted o su cónyuge prestan actualmente o han prestado servicios en el ejército?  Sí  No

¿Anticipa/n continuar viviendo en Missouri?  Sí  No

Para solicitantes de servicios domiciliarios o comunitarios, proveedores (asilo) y cuidados de enfermería complementarios:

¿Usted o su cónyuge viven o anticipan vivir en un asilo o un centro residencial y de atención médica?  No  Sí

Si respondió 'Sí'; quién: \_\_\_\_\_; dónde: \_\_\_\_\_ En qué fecha: \_\_\_\_\_

Mi cónyuge y yo pagamos gastos de vivienda:

Hipoteca  Alquiler  Servicios públicos  Teléfono  Seguro de hogar  Impuestos inmobiliarios  Cuotas de apartamento

¿Usted o su cónyuge tienen más de 63 años y necesitan cuidados de enfermería residenciales?  No  Sí; quién: \_\_\_\_\_

¿Usted o su cónyuge pagan manutención infantil o pensión alimenticia por mandato judicial?  No  Sí

¿Cuándo se casaron usted y su cónyuge? (MM/DD/AAAA) \_\_\_\_\_

Para solicitantes de Blind Pension and Supplemental Aid to the Blind:

En caso de ser invidente o padecer una deficiencia visual y estar solicitando beneficios de dinero en efectivo:

1. ¿Su cónyuge o padre puede ver?  Sí  No
2. ¿Pide o mendiga por dinero?  Sí  No
3. ¿Ha solicitado o acepta solicitar Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) como condición de elegibilidad?  Sí  No

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de nac.: \_\_\_\_\_

4. ¿Se ha sometido a una cirugía de los ojos durante los últimos 5 años?  Sí  No
5. Si tiene menos de 75 años, ¿está dispuesto a recibir tratamiento médico o someterse a una operación para corregir su ceguera?  Sí  No
6. ¿Está dispuesto a desempeñar un trabajo o capacitarse para un trabajo que le sea adecuado?  Sí  No
7. ¿Cuenta con un oculista (un oftalmólogo o un optometrista)?  Sí  No

## PASO 2: Bienes

Proporcione la siguiente información para que sepamos qué posee (y su cónyuge, si está casado/a), como cuentas bancarias, acciones, bonos, seguros de vida, bienes raíces y propiedades personales.

### Dinero y cuentas:

¿Usted o su cónyuge poseen dinero o cuentas?  No  Sí Si respondió 'Sí', especifique:

El dinero comprende el efectivo en su posesión, en su hogar o que otra persona le guarda.

Las cuentas incluyen:

- Cuentas corrientes
- Cuentas de retiro
- Seguro de vida (con valor en efectivo)
- Ahorros
- Anualidades
- Criptomonedas
- Tarjetas prepagadas o de depósito directo
- Acciones, bonos, inversiones
- Fideicomisos

Titular:	Tipo de cuenta:	Nombre del banco:	Monto:
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

¿Usted o su cónyuge poseen o están incluidos en fideicomisos?  No

Sí. Si respondió 'Sí', debemos revisar el fideicomiso en su totalidad. Anexe una copia que incluya todas las modificaciones.

Nombre y fecha del fideicomiso: \_\_\_\_\_ ¿Cuál es función (o la de su cónyuge) en el fideicomiso? \_\_\_\_\_

### Vehículos:

¿Usted o su cónyuge poseen vehículos?  No

Sí. Si respondió 'Sí', brinde la siguiente información e incluya coches, vehículos recreativos, embarcaciones y demás vehículos.

Propietario:	Año, marca y modelo:	Valor estimado:	Monto adeudado:	Cómo se usa (fines personales, de negocio, vivienda, recreación, otro [explique]):
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

### Bienes raíces:

¿Posee o está adquiriendo bienes raíces?  No

Sí. Si respondió 'Sí', brinde la siguiente información e incluya casas, edificios, propiedades en alquiler, terrenos y demás inmuebles.

Quién:	Qué y dónde:	Valor estimado:	Monto adeudado:	Cómo se usa (vivienda, alquiler, negocio, otro [explique]):
_____	_____	_____	_____	_____

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de nac.: \_\_\_\_\_

**Otros bienes que posee:**

¿Posee algún otro bien personal?

No  Sí. Si respondió 'Sí', brinde la siguiente información.

Ello incluye:

- Casa móvil (remolque)
- Equipamiento para negocio
- Mobiliario de hogar (almacenados)
- Ganado, granos, productos agrícolas, equipo agrícola, herramientas, etc.

Propietario:	Qué tipo de bien:	Valor estimado:	Monto adeudado:	Cómo se usa (fines personales, de negocio, otro [explique]):
--------------	-------------------	-----------------	-----------------	--

_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

**Transferencia de propiedades o bienes: Díganos qué propiedades han vendido u obsequiado.**

¿Usted o su cónyuge han vendido u obsequiado dinero, vehículos, propiedades u otros bienes en los últimos 5 años?  Sí  No

Si respondió 'Sí', brinde la siguiente información:

Qué: \_\_\_\_\_ A quién: \_\_\_\_\_

Cuándo: \_\_\_\_\_ Monto recibido: \_\_\_\_\_

Por qué: \_\_\_\_\_

**Seguro de vida y planes funerarios de prepago**

¿Algún miembro de su hogar posee una póliza de seguro de vida o plan funerario de prepago?  Sí  No

Quién:	Nombre de la compañía:	Número de póliza:	Valor en efectivo:	Fecha en que inició:	¿Es irrevocable? (sí o no)
--------	------------------------	-------------------	--------------------	----------------------	----------------------------

_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

**Seguro médico**

¿Alguien paga seguro médico o Medicare?  Sí  No

Quién:	Nombre de la compañía:	Tipo de cobertura:	Número de póliza:	Monto de la prima:
--------	------------------------	--------------------	-------------------	--------------------

_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

**Seguro de cuidados a largo plazo**

¿Algún miembro de su hogar posee un seguro de cuidados de largo plazo?  Sí  No

Quién:	Nombre de la compañía:	Número de póliza:	Titular de la póliza:	Monto de la prima:
--------	------------------------	-------------------	-----------------------	--------------------

_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____